

BENEFICIO

PERSONAS SEGURAS

SOLICITUD N°

Casa Central:

Av. Leandro N. Alem 584, Piso 12 - (C1001AAN) CAPITAL FEDERAL
Tel.: (011) 5236-4300 / e-mail: casacentral@beneficio.com.ar

Sede Administrativa:

Córdoba 1015 - Piso 2 - Oficina 7 - (2000) ROSARIO
Tel.: (0341) 527-1071 e-mail: beneficio@beneficio.com.ar

Agencia Salta:

Santiago del Estero 789 Local 6 - (4400) SALTA
Tel.: (0387) 496-1925 / e-mail: salta@beneficio.com.ar

www.beneficioweb.com.ar

☐ VIDA INDIVIDUAL☐ SEPELIO

☐ VIDA COLECTIVO☐ ALTA COMPLEJIDAD

☐ VIDA OBLIGATORIO☐ INT. QUIRÚRGICAS

☐ ACCIDENTES PERSONALES☐ OTROS

DATOS DEL SOLICITANTE - TOMADOR

CUIT, CUIL o DOC.

Nº DE CUIT CUIL o DOC.

RENOVACIÓN☐

PÓLIZA NUEVA☐

SIT. IVA: R.☐R.N.I.☐N.R.☐C.F.☐EX.☐MON.☐

Apellido y Nombre / Razón Social:

Domicilio:

C.P.:

Localidad:

Tel.:

Fecha Nac.: / /

Estado Civil:

Sexo:

E-mail:

Profesión u ocupación principal:

Tel. Cel.:

SUMA ASEGURADA

COBERTURA

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Nombres y apellidos completos	Nº doc. Identidad	Edad	Parentesco	Domiciliado en	%

* LOS BENEFICIARIOS SON CORRELATIVOS AL ORDEN SUSCRITO, EN CASO DE NO EXISTIR, HEREDEROS LEGALES*

PARA USO EXCLUSIVO DE RAMA ACCIDENTES PERSONALES: 24 Hs.☐ LABORAL E IN/ITINERE☐ LABORAL EXC.☐

Sumas aseguradas por persona

MUERTE

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL Y/O PARCIAL

ASISTENCIA MEDICA FARMACÉUTICA

\$

\$

\$

Es zurdo: ☐ Si ☐ No

En caso de ser una propuesta colectiva especificar en cada caso

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

1. ¿HA ESTADO UD. ENFERMO EN EL ULTIMO AÑO?

1.1. ¿DE QUÉ ENFERMEDAD?

2. ¿HA SUFRIDO UD. ALGÚN ACCIDENTE, HERIDA O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?

2.1. ¿EN QUÉ CONSINTIÓ?

3. ¿SE CONSIDERA UD. SANO?

3.1. ¿DE QUÉ PADECE?

4. ESTATURA 4.1. EDAD 5. PESO

6. ¿PERDIÓ PESO EN EL ÚLTIMO AÑO?

6.1. ¿RAZÓN?

RETICENCIA O FALSA DECLARACIÓN (Art- 5º párrafo 2º Ley 17418) - Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado titular o los asegurados adherentes aún hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si la Aseguradora hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato y/o los certificados, según el caso.

No se cubren Enfermedades Preexistentes ni las Consecuencias de Cirugías Practicadas. Se entiende por Enfermedad Preexistente: Enfermedad o anomalía de tratamiento médico y/o quirúrgico y sus complicaciones, las que por su historia natural requieren para su desarrollo de un período de tiempo científicamente establecido y habitualmente de varios meses.

Autorizo a BENEFICIO S.A. Compañía de Seguros, a obtener toda información médica adicional, que ésta necesite, con relación a la indemnización a reclamar y relevo del secreto profesional a los médicos que me asistan o examinen en el futuro. Nombre de médico/s y establecimiento/s asistencial/es

En cumplimiento de lo dispuesto por la Disposición 10/08, Beneficio pone en conocimiento que: Los presentes datos son recolectados en función de la propuesta de seguros que por este se formaliza. El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el art. 14, inc. 3 de la Ley Nº 25.326. La Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, órgano de Control de la Ley Nº 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales

Firma del Solicitante

Aclaración

Declaro conocer y aceptar las condiciones generales del Seguro que solicito, que están en poder del contratante y que fueran exhibidas.

VIGENCIA

Desde el día

Hasta el día

CONDICIONES DE PAGO: CONTADO☐ FINANCIADO☐ DÉBITO AUTOMÁTICO☐

Premio:

1ª Cuota

Otras Cuotas

Cant. Cuotas

Por la presente solicito a Beneficio S.A. Compañía de Seguros, que los importes inherentes a las cuotas del contrato de seguro que mantengo con esa Empresa, sean facturados y cobrados a través de mi tarjeta de crédito. En tal sentido, Autorizo a a debitar en mi cuenta los importes correspondientes, como así también a Beneficio S.A., si es necesario, a entregar el original de ésta a la empresa que he indicado.

Número de Tarjeta

Firma y Aclaración del Titular de la Tarjeta

Firma Productor

Aclaración

CODIGO PRODUCTOR

Lugar y Fecha: / /

ASEGURADOS

Orden	Apellido y Nombre	Fecha de Nac.	Tipo y N° de Documento
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			

BENEFICIARIOS

[illegible]